

Dictamen n.º: **576/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **30.09.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora, aprobado por unanimidad, en su sesión de 30 de septiembre de 2026, emitido ante la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo de lo establecido en la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el asunto sobre responsabilidad patrimonial promovido por Dña., Dña. y Dña. (en adelante, “*las reclamantes*”), por el fallecimiento de su respectivo marido y padre, D., que atribuyen a una deficiente asistencia sanitaria por parte del Hospital Universitario de Fuenlabrada, por un eventual retraso en el diagnóstico de un cáncer de próstata.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 13 de mayo de 2024 las reclamantes presentaron, asistidas por un abogado, un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, por ellos firmado, en el registro de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

La reclamación relata que su familiar fue sometido, el 1 de octubre de 2021, a una exploración radiológica de control mediante TAC, solicitada por el Servicio de Urología del Hospital Universitario de Fuenlabrada (en adelante, HUF) en el que, si bien se indicaba que la técnica no era buena para valorar la próstata, sí se advertía que “*llama la*

atención la captación en la próstata periférica izquierda". Se indica que, sin embargo, a pesar de los antecedentes uro-oncológicos de riesgo del paciente, hicieron caso omiso a los hallazgos descritos por la Radióloga, citándole para control en el plazo de doce meses.

Refieren seguidamente una serie de visitas del paciente a Urgencias del HUF, así el 16 y 18 de junio y 5 y 8 de agosto de 2022, por presentar dolor abdominal.

Según el escrito, el 12 de agosto de 2022 regresó al Servicio de Urgencias del HUF, procediéndose por un facultativo a realizar por primera vez un tacto rectal que interpretó como próstata grado II/IV, indurada y sospechosa de malignidad, solicitando seguidamente un TAC que objetivó hallazgos sugestivos de neoplasia de próstata con metástasis óseas. Ingresado el paciente, fue oportunamente examinado por el Servicio de Urología del HUF que concluyó en un diagnóstico de adenocarcinoma próstata izquierdo, esto es un cáncer de próstata avanzado, que entienden absolutamente coincidente con la sospecha del TAC de 1 de octubre de 2021 que, a su entender, quedó sin estudio.

Continúan señalando que, a partir de ese momento, su evolución resultó tórpida, con un control pésimo del dolor, siendo así que el paciente falleció finalmente el 28 de julio de 2023.

Sobre la base de lo expuesto, la reclamación sostiene que el retraso, ya sea en el diagnóstico o en el tratamiento del cáncer, supone la eliminación de las posibilidades de supervivencia, más todavía en el cáncer de próstata, pues, diagnosticado y tratado a tiempo, presenta un pronóstico muy favorable, considerando por tanto que el porcentaje de supervivencia de su familiar se habría visto aumentado exponencialmente de haber recibido un diagnóstico y un tratamiento a tiempo, e incluso, podría haberse erradicado la enfermedad.

Se interesa una indemnización por importe de 206.152,47 euros, con el desglose que es de observar.

Se adjunta a la reclamación una copia del libro de familia, del que resulta el vínculo de parentesco alegado; inscripción del fallecimiento en el Registro Civil de Fuenlabrada; diversa documentación médica referida al proceso asistencial anteriormente expuesto, y un volante de empadronamiento del Ayuntamiento de Fuenlabrada.

SEGUNDO.- Del examen del expediente administrativo resultan los siguientes hechos de interés para la emisión del dictamen:

El familiar de las reclamantes, nacido en el año 1953, presentaba como antecedentes urológicos:

- Realización el 14 de diciembre de 2009 de una resección transuretral de vejiga (RTUV) por una lesión única de menos de 1 cm, cuyo análisis patológico indica carcinoma urotelial superficial (TaG1), de bajo grado,

- Nefroureterectomía derecha (NUR), el 7 de marzo de 2012, con extirpación del riñón y el uréter derecho por carcinoma urotelial de pelvis renal de 3.6 cm, con extensa diferenciación escamosa.

- RTUV con Mitomicina C (MMC) multidosis, el 21 de agosto de 2012, por lesiones múltiples menores de 1 cm.

- RTUV + MMC multidosis, el 2 de enero de 2013, resecando tres lesiones menores de 5 mm en la vejiga.

El 1 de octubre de 2021 figura la realización de un TC abdomino-pélvico con contraste, en el que se recoge como diagnóstico “*no hay evidencia de recidiva tumoral*”, consignándose como comentario “*Estudio realizado con contraste oral y endovenoso con consentimiento oral del*

paciente. Nefrectomía derecha. Aunque esta no técnica no es buena valor para valorar la próstata llama la atención la captación en la próstata periférica izquierda”.

El 18 de octubre de 2021 el paciente acude a revisión al Servicio de Urología, recogiendo al respecto en la historia clínica: *“Situación actual: en el momento actual se encuentra asintomático disfruta de un performance status ECOG de 0, no persistiendo los factores de riesgo conocidos.*

Pruebas complementarias: CISTOSCOPIA (31/08/2021): ausencia de tumor, CITOLOGÍA (31/08/2021): negativo, ECOGRAFÍA (18/10/2017): sin hallazgos, UROGRAFÍA (): TAC (01/10/2021): sin hallazgos”.

Se recoge seguidamente que *“acude a revisión con TAC, cistoscopia y citología normales. Asintomático desde el punto de vista urológico”,* por lo que se dispone como plan terapéutico *“control en DOCE meses con CT con contraste y cistoscopia+citología”.*

El 16 de junio de 2022 el paciente acude a Urgencias del HUF por presentar dolor abdominal. Se recoge que *“acude a Urgencias por clínica de inicio hace 2 días con dolor en flanco derecho que empeora con la deambulación, no irradiado, no fiebre, no oliguria, no sd miccional, no hematuria. No ha tomado analgesia”.* Se toma analítica, sistemática de orina y se pauta analgesia tras la que refiere ausencia de dolor, estable HD y a la exploración sin dolor abdominal, situación ante la que se le da el alta.

El 18 de junio de 2022 se repite visita a Urgencias del HUF por igual cuadro de dolor abdominal. La historia clínica recoge al respecto que *“acude por dolor en zona de cresta iliaca desde hace 5 días. El dolor empeora al levantarse de la silla y al dar un paso adelante. Al caminar. NO dolor abdominal no clínica miccional no hematuria. NO fiebre termometrada ni sensación distérmica. No nauseas ni vómitos no*

alteraciones del hábito intestinal. No refiere otra clínica. Acude a urgencias el 16/6 con analítica sin hallazgos relevantes". Se concluye en un diagnóstico de "tendinitis de psoas iliaco".

Visitas a Urgencias que se repiten por el paciente los días 8 y 10 de agosto de 2012, figurando, respectivamente, que acude por "*dolor abdominal visto el viernes. Acude para valoración por 1 Urólogo*" y "*refiere dolor abdominal ya en seguimiento y pte de cita con urología, acude para que se le adelante la cita (citada para el 25/8/22) ya que no mejora y cada día está peor*".

En la visita del 10 de agosto de 2022, se indica que se decide nueva analítica para decisión de pruebas de imagen urgente o vía hospitalización porque el paciente ha acudido en varias ocasiones este mes por mismo motivo y por sospecha de síndrome constitucional, tras lo cual figura que "*tras elevación de reactantes de fase y de LDH en analítica de urgencias junto a clínica de sd constitucional y múltiples estancias en urgencias la última semana se decide ingreso para estudio completo*".

El 12 de agosto de 2022 se realiza TC de tórax/abdomen/pelvis con contraste, respecto del que figuran como comentarios: "*Se observan adenopatías -sospechosas en cadena iliaca externa izquierda y cadena iliaca común izquierda y retroperitoneal paraaórtica izquierda no presente en estudios previos.*

Próstata con realce nodular en la zona periférica de la región media y base izquierda con extensión del realce a las glándulas seminales a descartar neoplasia de próstata.

Se observan múltiples lesiones osteoblásticas en pelvis y en columna vertebral, destacando la del hueso iliaco derecho que presenta reacción perióstica que son sospechosas de metástasis.

Dada el realce de la próstata, el tipo de metástasis óseas y la distribución de las adenopatías los hallazgos son sospechosos de neoplasia de próstata”, conforme a ello se recoge un diagnóstico de hallazgos que sugieren neoplasia de próstata metastásica.

Se realiza igualmente un tacto rectal, en el que se aprecia una *“próstata grado 11/IV, indurada, sospechosa de malignidad”*.

Se consensua con el paciente el alta domiciliario, con cita en Urología para el 16 de agosto de 2022, fecha en la figura la realización de una ecografía transrectal y una biopsia transrectal de próstata. En cuanto a los resultados, figura en la historia clínica: *«A) Biopsia prostática “lóbulo derecho”: - Parénquima prostático sin signos de malignidad en esta muestra. - Atrofia.*

B) Biopsia prostática “lóbulo izquierdo”: - Adenocarcinoma acinar de próstata Gleason: 9 (5+4) - Porcentaje de grado de Gleason 4: 90 % (100 % cribiforme) - Grado de clasificación de la ISUP 2014: grupo 5 - Volumen aproximado: 67.74 % del parénquima prostático del lóbulo izquierdo. (...).

Así las cosas, se concluye en un juicio clínico de adenocarcinoma próstata izquierdo.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se inició el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo de lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Con fecha 23 de mayo de 2024, se notifica al abogado actuante un escrito de la instrucción comunicando la admisión a trámite de la solicitud, al tiempo que se informa de la normativa legal de aplicación, el plazo de resolución expresa y los efectos del silencio administrativo, para el caso de inexistencia de la misma.

En cumplimiento de lo previsto en el artículo 81.1 de la LPAC, se han aportado los informes elaborados por los servicios médicos implicados en la asistencia médica controvertida.

Fechado el 5 de julio de 2024, figura el informe del Servicio de Urología del HUF, en el que se recogen, como comentarios acerca de la reclamación interpuesta: *«-Como muy bien señala el Radiólogo en su informe de 1/10/2021, el escáner no es una prueba adecuada para valorar la próstata. En ese contexto el hallazgo de captación prostática es absolutamente inespecífico. Ese tipo de menciones en los estudios de imagen es habitual y, en ausencia de recomendaciones al respecto del radiólogo, no ameritan ampliación de estudio. El único diagnóstico cierto en el escáner de octubre de 2021 es “... NO HAY EVIDENCIA DE RECIDIVA TUMORAL...”.*

-La ausencia de síntomas y de signos en las exploraciones complementarias hicieron que el cáncer de próstata pasara desapercibido.

-El paciente fue tratado con arreglo al estado del arte en Urología. Las intervenciones de que fue objeto se atuvieron a la mejor evidencia clínica. No se produjo improvisación de ningún tipo, ni se tomaron decisiones que no estuvieran fundamentadas en hallazgos clínicos o en pruebas complementarias».

Por el servicio de Urgencias se emite informe el 12 de agosto de 2024, del que, como extracto, cabe destacar que señala que *“en resumen, se trata de un paciente con un hallazgo circunstancial en una prueba de control radiológico pero que mantenía seguimiento periódico por atención especializada (en este caso, Urología). Fue atendido en varias ocasiones a lo largo de un periodo de menos de dos meses por un cuadro de dolor inespecífico, referido a fosa iliaca derecha y región ilíaca derecha, con empeoramiento de características mecánicas (reaparecía y se exacerbaba con el movimiento, cedía con el reposo, remite -siquiera parcialmente- con*

analgesia de primer escalón terapéutico de la OMS-. Desde un primer momento en las sucesivas atenciones se vinieron practicando valoraciones diagnósticas genéricas buscando detectar causas potencialmente graves y emergentes para dicho dolor abdominal agudo (apendicitis, cólico renoureteral, colitis isquémica, etc.) no hallándose en ningún momento hallazgos clínicos radiológicos congruentes con dichas sospechas.

Ante el carácter mecánico del cuadro y la localización tan circunscrita y de carácter mecánico del dolor, en la visita del 18 de junio (dos días después de la previa donde no constan hallazgos relevantes en analítica) se adscribe el diagnóstico a una entidad tenopática habitual.

En las sucesivas visitas hasta el ingreso se continúa constatando la ausencia de alteraciones clínicas ni analíticas -excepción hecha de la sintomatología recurrente del paciente- no obstante ante el hecho de acudir consistentemente a urgencias por dicho motivo, y careciendo de elementos clínicos de juicio que supongan un ingreso urgente -recordemos que datos de alarma como la pérdida ponderal o el síndrome consuntivo no se mencionan en la historia clínica hasta el 10 de agosto, que es de facto el motivo de ingreso- se opta por acelerar u optimizar la atención ambulatoria especializada, como así se consigue (de la cita inicialmente prevista para diciembre se constata una para el 25 de agosto, apenas dos semanas después de la que finalmente sería fecha del ingreso, y 17 días tras la solicitud”.

Por la Inspección Médica se emite el oportuno informe, fechado el 3 de septiembre de 2025, en el que se concluye que la asistencia dispensada al paciente por los Servicios de Urgencias y de Oncología del HUF ha de ser considerada conforme a la *lex artis ad hoc*. Por el contrario, aprecia que la actuación del Servicio de Urología del HUF se aparta de la buena práctica clínica, por la falta de seguimiento del hallazgo prostático de 2021.

Por una técnico de apoyo del Área de Responsabilidad Patrimonial en el Ámbito Sanitario, Licenciada en Medicina y especialista en valoración del daño corporal, se emite el 4 de febrero de 2026 un informe de valoración del daño, en el que se analiza la existencia de una pérdida de oportunidad, señalando al respecto: *“¿Es posible que una demora diagnóstica de 10 meses pueda ocasionar una progresión tumoral? Es claramente posible teniendo en cuenta la puntuación de Gleason 9 que hace que sea un tumor muy agresivo con mayor posibilidad de progresión. ¿Existe una probabilidad razonable de que una actuación diligente hubiera permitido adelantar el diagnóstico (evitado o mitigado el perjuicio)? Si, es probable. Con pruebas complementarias adecuadas, tales como la determinación de PSA, PSA ratio, tacto rectal, el diagnóstico se habría alcanzado con alta probabilidad en caso de existir el cáncer de próstata. De haberse detectado en un estadio localizado, esto habría permitido iniciar tratamiento, pudiendo evitar la progresión a estadio IV y por tanto el fallecimiento del paciente. ¿Existe una privación razonable de una expectativa de curación o mejora, aunque el resultado final no pueda asegurarse? Si, puede existir una privación. En el caso de un estadio localizado o regional la supervivencia a 5 años se estima en el 99 % de los casos. No obstante, el retraso diagnóstico del paciente supuso que se detectara la enfermedad en un estadio ya muy avanzado de la enfermedad, lo que derivó en su fallecimiento. Es por tanto que se considera que el % de empeoramiento pronóstico en este paciente fue del 99%, de manera que, aplicando el principio del umbral de seriedad en el porcentaje de incertidumbre causal, se considera adecuado indemnizar la totalidad del quantum indemnizatorio”.*

Con base en lo expuesto, y atendiendo a lo recogido en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, se propone una indemnización por importe total de 206.152,47 euros, con el desglose individual que es de observar.

El 25 de marzo de 2026 se notifica a las reclamantes el oportuno trámite de audiencia, formulándose alegaciones el 16 de abril de 2026, en las que se solicita que se dicte resolución estimando íntegramente la reclamación formulada.

Por la viceconsejera de Sanidad y directora general del SERMAS se emite la correspondiente propuesta de resolución, en la que se interesa estimar la reclamación que nos ocupa.

CUARTO.- El 4 de septiembre de 2026 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial. Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 556/26 al letrado vocal D. Javier Espinal Manzanares, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión del día señalado en el encabezamiento.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y a solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Las reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, conforme a lo dispuesto en el artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, al ser la mujer e hijas del paciente fallecido por la asistencia que entienden inadecuada, cuyo fallecimiento les genera un indudable daño moral, habiendo quedado acreditado el vínculo de parentesco con la aportación del libro de familia.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria reprochada se prestó en el HUF, centro sanitario de titularidad de la Comunidad de Madrid.

En cuanto al plazo, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC, tienen un plazo de prescripción de un año desde la producción del hecho que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo, que se contará, en el caso de daños de carácter físico o psíquico, desde la curación o la fecha de determinación del alcance de las secuelas.

En este caso, el fallecimiento del familiar de los reclamantes aconteció el 28 de julio de 2023, interponiéndose la reclamación de responsabilidad patrimonial el 13 de mayo de 2024, por lo que se ha formulado dentro del plazo legal.

En cuanto al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que se ha emitido informe por los distintos servicios del HUF que intervinieron en la asistencia médica prestada y por la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen, con posterior informe de valoración del daño corporal de la consejería actuante. Asimismo, se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del paciente. Además, se confirió, conforme al artículo 82.1 de la LPAC trámite de audiencia a las reclamantes y se redactó la propuesta de resolución cumpliendo con ello lo dispuesto en el artículo 81.2 de dicho texto legal.

Por todo ello, cabe concluir que el procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley. Según constante y reiterada jurisprudencia, el sistema de responsabilidad patrimonial presenta las siguientes características: a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del

sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas; b) que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal; c) ausencia de fuerza mayor, y d) que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, «*El hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que*

indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar, debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc.

En consecuencia lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria “... es la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente” (STS Sección 6ª Sala CA, de 7 marzo 2007).

En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SSTS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).

En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

En la asistencia sanitaria el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente».

CUARTA.- En este caso, como hemos visto en los antecedentes, las reclamantes reprochan que el fallecimiento de su familiar deriva del retraso diagnóstico del cáncer de próstata por él padecido.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que prestaron la asistencia médica, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación.

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de noviembre de 2019 (recurso 886/2017). Como es sabido, y así lo destaca, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2020 (recurso 829/2017) “*las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues*

estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados”.

Al respecto de dicha acreditación, ya hemos señalado que el informe elaborado por la Inspección Sanitaria concluye que la asistencia prestada al familiar de las reclamantes fue deficiente, al no haberse actuado debidamente ante el hallazgo prostático de 2021. En este punto, cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Décima, en su Sentencia de 20 de noviembre de 2025 (recurso 1031/2023), *“sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.*

En relación a la incorrección de la práctica médica por parte del Servicio de Urología, apreciada por la Inspección, se señala en su informe que, *“en este caso, puede considerarse que se faltó a la lex artis en el momento en que, tras el hallazgo incidental de captación prostática en el TAC abdominopélvico de octubre de 2021, no se solicitó una prueba de PSA, que habría sido suficiente para confirmar o descartar la existencia de un cáncer de próstata. Aunque el paciente estaba asintomático y el estudio se centraba en descartar recidiva urotelial, el hallazgo prostático debió haber motivado una evaluación urológica más específica. La omisión*

de esta prueba básica, accesible y de bajo coste, representa una oportunidad perdida de diagnóstico precoz”.

En cuanto a los efectos derivados de esta pérdida de oportunidad en el diagnóstico precoz, difieren el informe de la Inspección, que entiende que el curso natural de la enfermedad no hubiera variado sustancialmente, y el informe de valoración del daño corporal elaborado por la Consejería de Sanidad, que sí aprecia una posibilidad terapéutica de curación relevante.

Al respecto entiende esta Comisión Jurídica Asesora que en esta particular controversia debe estarse a lo señalado en el referido informe de valoración del daño corporal, cuyas apreciaciones presentan mayor motivación técnica que el informe de la Inspección.

Dicho informe justifica su discrepancia respecto de lo apreciado por la Inspección, indicando al respecto que *“no compartimos esta afirmación ya que en el TAC realizado el 01/10/2021 no existían imágenes metastásicas, las cuales sí aparecen posteriormente en el TAC realizado en agosto de 2022. El hecho de padecer un carcinoma con puntuación Gleason 9 (5+4), indicativo de una mayor agresividad, explica la rápida progresión del mismo”*. Refiere, seguidamente, que es ciertamente posible que la demora diagnóstica de 10 meses haya podido originar una progresión tumoral, entendiendo que de no haberse incurrido en la misma se hubiera podido evitar o mitigar el daño sufrido, señalando que *“con pruebas complementarias adecuadas, tales como la determinación de PSA, PSA ratio, tacto rectal, el diagnóstico se habría alcanzado con alta probabilidad en caso de existir el cáncer de próstata. De haberse detectado en un estadio localizado, esto habría permitido iniciar tratamiento, pudiendo evitar la progresión a estadio IV y por tanto el fallecimiento del paciente”*.

En cuanto a la cuantificación de la pérdida de oportunidad, se razona que *“en el caso de un estadio localizado o regional la supervivencia a 5 años se estima en el 99 % de los casos. No obstante, el retraso diagnóstico del paciente supuso que se detectara la enfermedad en un estadio ya muy avanzado de la enfermedad, lo que derivó en su fallecimiento. Es por tanto que se considera que el % de empeoramiento pronóstico en este paciente fue del 99 %, de manera que, aplicando el principio del umbral de seriedad en el porcentaje de incertidumbre causal, se considera adecuado indemnizar la totalidad del quantum indemnizatorio”*.

Así las cosas, se llega a una valoración, conforme a la mencionada Ley 35/2015, de 206.152,47 euros, que viene a coincidir con la indemnización solicitada por las reclamantes, por lo que habrá de estarse a dicha cantidad, con el desglose individual para cada una de ellas considerado en dicho informe.

En mérito a cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente,

CONCLUSIÓN

Procede estimar la reclamación presentada y reconocer una indemnización de 206.152,47 euros para las reclamantes, con el desglose individual que es de observar, cantidad que deberá ser actualizada a la fecha en que se ponga fin al presente procedimiento, conforme al artículo 34.3 de la LRJSP.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de

quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 30 de septiembre de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 576/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid